

Questionnaire à remplir pour toute notification de cas probable ou confirmé de réinfection par le SARS-CoV-2 (COVID-19)

16/03/2021

Les [définitions de cas](#) possible, probable ou confirmé de réinfection par le SARS-CoV-2 (COVID-19) et la [conduite à tenir](#) face à une suspicion de réinfection sont disponibles [sur le site internet de Santé publique France](#).

Seuls les cas probables et confirmés de réinfection (cf. définition de cas de réinfection SpF) doivent faire l'objet d'une notification en remplissant ce questionnaire.

Nom de la personne effectuant le signalement :
Organisme :
Département : / ____ / **Téléphone :** **Email :**

Classement du cas selon la définition de cas SpF :

- Cas probable épidémiologique de réinfection (*contact à risque dans les 14 jours avant les symptômes du 2^e épisode*)
- Cas probable biologique de réinfection (*CT<33 lors des 2 tests RT-PCR positifs et/ou résultats de RT-PCR de criblage évocateur d'une réinfection par un variant d'intérêt*)
- Cas confirmé de réinfection (*séquençage disponible à minima pour le 2^e épisode*)

1. Caractéristiques sociodémographiques du cas

3 premières initiales du nom : Initiales du prénom :

Sexe : M F Age : / ____ / (années) ou / ____ / (mois)

Code postal du lieu de résidence : / _____ /

Profession :

2. Antécédents médicaux du cas, statut vaccinal COVID-19

Aucun antécédent	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	Cardiopathie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Pathologie respiratoire chronique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	Obésité	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Pathologie rénale chronique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Traitement immunosuppresseur (corticoïdes, chimiothérapie, traitement anti-rejet, etc.)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Grossesse en cours	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	Autre immunodépression	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Autres	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez :	

Le sujet a-t-il été vacciné contre le COVID-19 ? Oui Non NSP

Si oui, nom du vaccin : Nombre de doses administrées : 1 dose 2 doses

Date de la 1^{ère} dose : ____ / ____ / ____ Date de la seconde dose : ____ / ____ / ____

3. Caractéristiques du 1^{er} épisode d'infection à SARS-CoV-2 / COVID-19 documenté

Date du début des signes cliniques du 1^{er} épisode d'infection à SARS-CoV-2 / COVID-19 : ___/___/___

Date de prélèvement du 1^{er} test positif lors du 1^{er} épisode d'infection à SARS-CoV-2 / COVID-19 : ___/___/___

Nature du prélèvement : Nasopharyngé/oropharyngé Salivaire Sérum/Plasma NSP

RT-PCR classique RT-PCR criblage variants Test antigénique

Nature du test : Test sérologique NSP

Si le test était une RT-PCR classique, précisez la valeur de CT (si disponible) :

Si une RT-PCR de criblage a été réalisée pour cet épisode, précisez le résultat :

Le prélèvement primaire est-il conservé et disponible pour une analyse virologique (séquençage) : Oui Non NSP

Un séquençage du prélèvement primaire a-t-il été réalisé ? Oui Non NSP

Si oui, précisez le type de séquençage et le résultat :

Signes cliniques lors du 1^{er} épisode de COVID-19 (Cocher les cases correspondantes) :

Aucun symptôme

Fièvre/ Syndrome fébrile Toux Asthénie / fatigue / malaise

Frissons Dyspnée SDRA

Sueurs Céphalées Myalgies / courbatures

Diarrhée Perte du goût ou de l'odorat

Autres signes cliniques Préciser :

Auscultation pulmonaire anormale ou tableau évocateur d'infection du parenchyme pulmonaire

Tableau clinique sévère nécessitant une hospitalisation Date d'hospitalisation : ___/___/___

Tableau clinique sévère nécessitant une admission en réanimation Date d'admission en réanimation : ___/___/___

La source de l'infection du cas est-elle connue pour le 1^{er} épisode de COVID-19 ?

Oui Non NSP

Si oui, précisez :

.....

4. Caractéristiques du 2^e épisode d'infection à SARS-CoV-2 / COVID-19 documenté

Date du début des signes cliniques du 2^e épisode d'infection à SARS-CoV-2 / COVID-19 : ___/___/___

Date de prélèvement du 1^{er} test positif lors du 2^e épisode d'infection à SARS-CoV-2 / de COVID-19 : ___/___/___

Nature du prélèvement : Nasopharyngé/oropharyngé Salivaire Sérum/Plasma NSP

RT-PCR classique RT-PCR criblage variants Test antigénique

Nature du test : Test sérologique NSP

Si le test était une RT-PCR, précisez la valeur de CT (si disponible) :

Si une RT-PCR de criblage a été réalisée pour cet épisode, précisez le résultat :

Le prélèvement primaire est-il conservé et disponible pour une analyse virologique (séquençage) : Oui Non NSP

Signes cliniques lors du 2^e épisode de COVID-19 (Cocher les cases correspondantes) :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucun symptôme | | |
| <input type="checkbox"/> Fièvre/ Syndrome fébrile | <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Asthénie / fatigue / malaise |
| <input type="checkbox"/> Frissons | <input type="checkbox"/> Dyspnée | <input type="checkbox"/> SDRA |
| <input type="checkbox"/> Sueurs | <input type="checkbox"/> Céphalées | <input type="checkbox"/> Myalgies / courbatures |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Perte du goût ou de l'odorat | |
| <input type="checkbox"/> Autres signes cliniques | Préciser : | |
| <input type="checkbox"/> Auscultation pulmonaire anormale ou tableau évocateur d'infection du parenchyme pulmonaire | | |
| <input type="checkbox"/> Tableau clinique sévère nécessitant une hospitalisation | Date d'hospitalisation : __/ __/ __ | |
| <input type="checkbox"/> Tableau clinique sévère nécessitant une admission en réanimation | Date d'admission en réanimation : __/ __/ __ | |
| <input type="checkbox"/> Décès | Date du décès : __/ __/ __ | |

Par rapport au 1^{er} épisode, les symptômes cliniques présentés lors du 2^e épisode de COVID-19 sont-ils :

- Moins sévères D'une sévérité comparable Plus sévères NSP

Un antécédent de contact à risque avec un cas confirmé de COVID-19 dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes est-il rapporté lors du 2^e épisode ? Oui Non NSP

Si oui, précisez :

5. Si la réinfection par le SARS-CoV-2 est confirmée, préciser les résultats du séquençage

Nom et coordonnées du laboratoire ayant réalisé le séquençage :

.....

Confirmation réalisée en séquençant les prélèvements des deux épisodes
 le prélèvement du second épisode uniquement

Résultat du séquençage (préciser si infection par un variant d'intérêt du SARS-CoV-2)

.....

Une fois rempli, merci de déposer ce questionnaire à Santé publique France sur la plateforme sécurisée dédiée en [suivant ce lien](#).